



# JOURNÉE D'ADDICTOLOGIE DU GRAND-EST

*Actualités & Controverses  
en addictologie en 2013*

**NANCY, 13 DÉCEMBRE 2013**

## *Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?*

### **Dr Alain Rigaud**

Psychiatre des Hôpitaux, chef du pôle Addictologie, EPSM Marne

Centre d'Addictologie Médico-Psychologique de Reims

28 bis, rue de Courcelles – 51100 Reims

Président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

[www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)



## *Liens d'intérêts*

**Alain Rigaud est :**

- 1. président de l'A.N.P.A.A.**
- 2. membre du comité scientifique de l'essai  
ALPADIR / Ethypharm**
- 3. membre du groupe d'experts alcool Lundbeck**



## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Le DSM 5 introduit la catégorie du *Substance-Related and Addictive Disorders***

**= « ADDICTIONS LIÉES À UNE SUBSTANCE ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES »**

**= « TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET ADDICTIFS »**

**et ouvre aux addictions sans produit le chapitre de l'ancien DSM-IV « TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE »**

**Il justifie sa décision par « l'extension de la catégorie » et par « les recommandations internationales » des participants aux groupes de travail.**



## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**A noter toutefois que :**

- la seule addiction sans produit introduite est celle du « *Gambling Disorder* » (jeu patho)
- l'« *Internet Gaming Disorder* » reste à l'étude
- les « *Feeding and Eating disorders* » et les « *Disruptive, Impulse-Control, and Conduct disorders* » restent distincts

**A noter également que sont distingués parmi les *Substance-Related Disorders* :**

- 1.** les « *Substance Use Disorders* »
- 2.** les « *Substance-Induced Disorders* »  
= les troubles « induits »,  
principalement intoxication et sevrage

# ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

## **Substance-Related and Addictive Disorders**

### **Substance-Related Disorders**

Substance Use Disorders

Substance-Induced Disorders

Substance Intoxication

Substance Withdrawal

Substance/Medication-Induced Disorders Included Elsewhere

**soit en français (*traduction personnelle*) :**

### **Troubles liés à une substance et addictifs**

#### **Troubles liés à une substance**

Troubles de l'usage d'une substance

Troubles induits par une substance

Intoxication

Sevrage

Troubles induits inclus ailleurs



## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Au sein des « TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET ADDICTIFS », le DSM 5 distingue donc**

**le « SUBSTANCE USE DISORDERS »**

**= les « TROUBLES DE L'USAGE D'UNE SUBSTANCE »**

**i.e. : les *troubles directement liés à l'usage d'une substance*, et pas l'intoxication ou le sevrage.**

**Ces « TROUBLES DE L'USAGE D'UNE SUBSTANCE » sont identifiés par :**

- 1. un mode de consommation conduisant à une dégradation ou une souffrance cliniquement significatives,**
- 2. la présence « au cours d'une période d'un an » d'au moins 2 des 11 critères du nouveau jeu diagnostique (cf. annexe : mäj avril 2012)**

## ***DSM 5 : Substance Use Disorders***

**Du DSM-IV au DSM 5 on observe :**

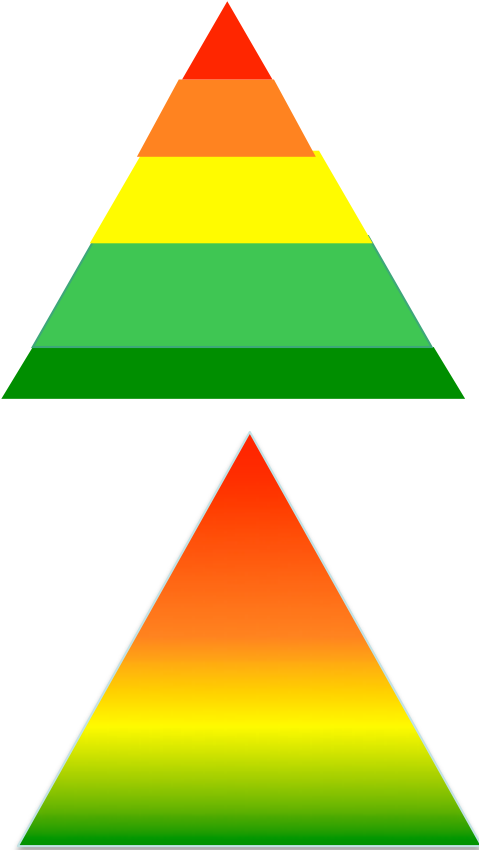
- 1. Disparition des Troubles « Abus » et « Dépendance »**
- 2. Disparition de la notion d'usage à risque ou excessif**
- 3. Intégration des consommations ponctuelles importantes**
- 4. La dépendance physique reste facultative**
- 5. Introduction des degrés de sévérité :**
  - *modérée* : 2 à 3 critères positifs
  - *sévère* : 4 critères positifs et plus
- 6. Spécifier si :**
  - il y a une dépendance physique : critères 9 & 10
  - il y a des complications somatiques
- 7. Spécifier l'évolution :**
  - ✓ Rémission précoce : complète ou partielle
  - ✓ Rémission prolongée : complète ou partielle
  - ✓ Rémission dans un environnement contrôlé
  - ✓ Sous médication agoniste



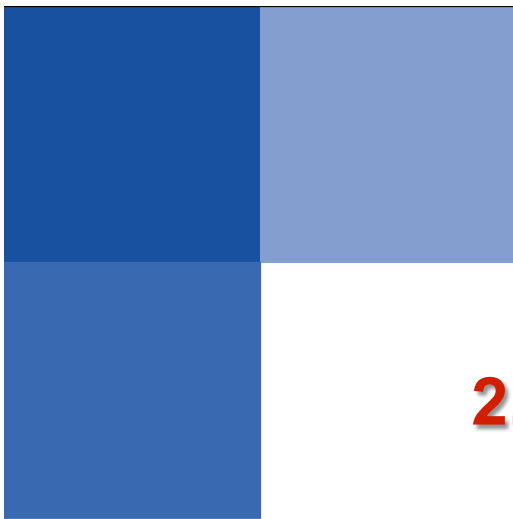
## ***Le DSM 5 : quel changement pour la pratique ?***

**Introduire la catégorie « TROUBLES DE L'USAGE D'UNE SUBSTANCE » comporte une série de conséquences dont principalement :**

**1. la substitution au modèle *catégoriel*, introduit en 1987 par le DSM-III-R et distinguant abus et dépendance, d'un modèle *dimensionnel* avec :**

- 
- **la disparition des diagnostics distincts d'abus et de dépendance au profit d'un continuum de degrés de sévérité plus proche des réalités cliniques,**
  - **une remise en question du concept de dépendance et de ses limites, et potentiellement de son irréversibilité**

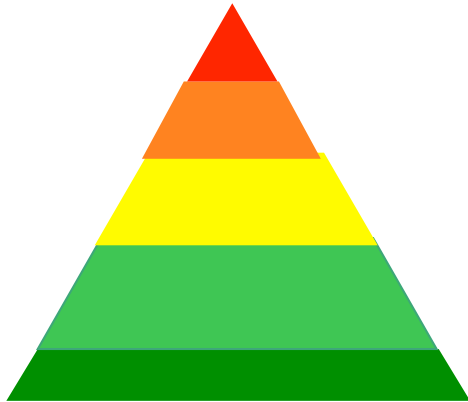




## ***Le DSM 5 : quel changement pour la pratique ?***

### **2. un élargissement du périmètre du Trouble par l'effet conjugué de :**

- la diversification de ses critères (11)
- l'abaissement du seuil d'entrée dans le diagnostic qui n'exige plus que la présence de :
  - ✓ au moins 2 de ces critères (cf annexe)
  - ✓ « *within a 12-month period* »  
= au cours des 12 derniers mois, formule qui ne requiert aucune continuité ni aucune concomitance, mais seulement une présence même brève des symptômes





## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Cet élargissement du périmètre du diagnostic et l'abaissement de son seuil d'entrée (*selon les critères d'avril 2012*) permettent d'inclure :**

- **les conséquences négatives de l'utilisation de l'alcool (critères 3, 4, 6)**
- **les conduites d'alcoolisation à risque (7, 8)**
- **des formes cliniques jusque-là non retenues par le DSM-IV car les patients ne présentaient que 2 critères de dépendance et aucun critère d'abus et donc de ne pas exiger pour le diagnostic la présence des critères les plus spécifiques de la dépendance (2, 5, 8, 9, 10, 11).**

## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

L'introduction de ce Trouble de l'Usage dans le DSM 5, l'élargissement du périmètre diagnostique et le modèle dimensionnel réaffirment son inscription dans le modèle médical et le proposent comme une « maladie unique ».

**Mais de quelle « *maladie* » parle-t-on alors ?**

- des diverses maladies induites ou associées ?
- de l'assuétude, des toxicomanies et de la dépendance alcoolique définies dans les années 1950-70 par les experts OMS et les associations d'entraide pour les démarquer de la faute morale et des facteurs sociaux ?
- de l'état de dépendance qui reste bien difficile à définir de manière « unique » du fait de ses différentes formes cliniques et phénotypiques ?
- de l'addiction définie par l'ASAM comme une « maladie primaire et chronique du cerveau » ?
- des vulnérabilités individuelles sous-jacentes qui feront le lit d'une maladie neurobiologique acquise ?

## *Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?*

Le DSM 5, avec cette approche dimensionnelle et l'élargissement du diagnostic, opère un retour à des vues plus anciennes qui déjà considéraient ensemble :

- 1. La nocivité et les dommages** induits ainsi que leurs prodromes, par ex. pour l'alcool :
  - **Jellinek en 1945** : "*est alcoolique tout individu dont la consommation de boissons alcooliques peut nuire à lui même ou à la société, ou aux deux.*"
  - **Comité d'experts de l'OMS en 1951** : "*Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, soit leur relation avec autrui et leur bon comportement social et économique, soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement.*"

# Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?

...avec :

**2. la notion de dépendance** et son installation en lien avec les diverses modalités de consommation excessive et leur évolution :

- Jellinek en 1951 avec la succession des phases pré-alcoolique, prodromique, cruciale où apparaît la "*perte de contrôle*" et enfin la phase chronique
- Fouquet en 1951 (EMC) et la description du "*syndrome alcoolique*" autour de la "*perte de la liberté de s'abstenir d'alcool*" et de ses formes cliniques

**1 + 2 = HCEIA 1985** : "*dans l'usage courant, état pathologique lié à la consommation d'éthanol qui par sa fréquence et/ou son intensité est dangereuse pour l'individu. Stricto sensu, état pathologique caractérisé par une alcoolodépendance\* et/ou une alcoolopathie.*"



...et pour les toxicomanies :

1) **O.M.S., 1950 & 1957** (in : Boudreau & coll, EMC 37396 A10)

« **Etat** d'intoxication périodique ou chronique, **nuisible à l'individu et à la société, produit par l'usage répété d'une drogue** (...). Ses caractéristiques sont :

- un **invincible désir** ou besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ;
- une tendance à augmenter les doses ;
- une **dépendance** d'ordre psychique (psychologique) et parfois physique à l'égard des effets de la drogue. »

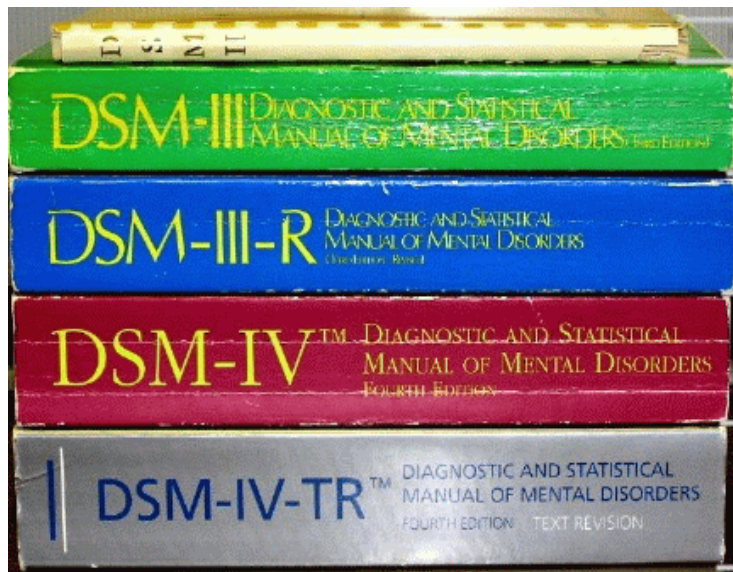
2) **C. Olievenstein** : "*Nous considérons comme toxicomane quiconque, à partir d'un produit de base, fait l'escalade vers un autre produit ou d'autres produits, et/ou l'utilise quotidiennement ou quasi quotidiennement*".

In : *Ecrits sur la toxicomanie*. Paris : PUF, 1973.

## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Le DSM 5 revient donc apparemment à la conception du diagnostic unique qui a prévalu de 1952 avec le DSM-I jusqu'en 1987 et le DSM-III-R, Une conception bi-axiale fondée sur la prise en compte conjointe :**

- de la nocivité**
- et du « caractère intrinsèque » de la dépendance liées aux conduites de consommation.**





## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Cette approche globale sous un « diagnostic unique » ne constitue pas pour autant un simple retour en arrière car elle se fonde sur le concept d'Addiction et interroge du même coup :**

- 1. l'approche clinique et la recherche qui considèrent la diversité des facteurs pathogènes et des formes cliniques et évolutives**
- 2. le phénomène de dépendance dont le caractère intrinsèque reste néanmoins l'un des 2 piliers du diagnostic avec :**
  - ✓ la faible validité du diagnostic d'abus
  - ✓ la prise en compte d'un continuum de degrés de sévérité
  - ✓ un bas seuil d'entrée et l'élargissement à des formes modérées sinon prodromiques





## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

- 3. Elle prend ainsi en compte un ensemble élargi de réalités cliniques importantes à considérer :**
- **le continuum de degrés de sévérité (cf supra)**
  - **les usages à risque et les signes précoces, quels que soient les niveaux de consommation :**
    - ✓ ***critère 7* : Usage répété de la substance dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux (ex : conduite d'une automobile ou d'une machine malgré l'altération des capacités par la substance)**
    - ✓ ***critère 3* : Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets**
    - ✓ ***voire les critères 1 et 6* : quantité et durée plus importantes que prévu, réduction des activités...**



## *Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?*

- Cette approche globale et bi-axiale qui prend, en compte les degrés de sévérité de la dépendance et de gravité de la nocivité indépendamment des niveaux de consommation, et surtout avec l'élargissement du diagnostic jusqu'aux usages à risques, rejoint la catégorie du « *Mésusage* » avancée d'un point de vue descriptif et pragmatique par la SFA en 2001 dans ses RPC relatives aux conduites d'alcoolisation :

*« Catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse. »*



## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Le DSM 5 va ainsi à la rencontre du continuum qui va de l' « *USAGE* » vers le « *MÉSUSAGE* » et ses différentes formes,**

**des bénéfiques vers les risques et les dommages, des conduites de consommation jusqu'à la maladie « *TROUBLE DE L'USAGE* » avec ses différents degrés de sévérité et de gravité, et peut soutenir la stratégie de réduction des risques et des dommages et sa palette d'actions :**

- ✓ Prévention**
- ✓ Réduction des risques**
- ✓ Intervention précoce**
- ✓ Soins et accompagnement**



## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

**Le DSM 5 va moins changer nos pratiques que l'évolution des pratiques depuis une quinzaine d'années en France et à l'étranger a déjà changé le DSM :**

- ✓ avec l'axe de la nocivité, le DSM 5 s'ouvre aux objectifs et stratégies de réduction des risques et des dommages**
- ✓ avec l'axe du caractère intrinsèque de la dépendance, le DSM 5 valide la dimension extensive du concept d'addiction et fait place aux objectifs et stratégies de changement de comportement et de réduction de consommation à côté du modèle médical unique de l'abstinence**



## ***Le DSM 5 va-t-il changer nos pratiques en addictologie ?***

- la catégorie « *TROUBLE DE L'USAGE* » dans le DSM 5 et l' « *USAGE* » dans le champ des comportements représentent le point de rencontre entre deux approches et conceptions distinctes des conduites addictives :
  - ✓ le modèle médical
  - ✓ l'approche au plan des conduites où les conduites de consommation s'appréhendent, tant sur le plan individuel que collectif, en termes de fonction et de balance bénéfiques / risques et dommages pour les sujets
- Entre comportement adaptatif et maladie chronique, c'est bien la nature et le périmètre du concept d'addiction qui restent en question.

# DSM 5 : Substance Use Disorders

## version avril 2012

- A. Utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative**
- B. Se manifestant par au moins 2 des signes suivants survenant au cours d'une période d'un an :**
1. La substance est souvent prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue.
  2. Il y a un désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.
  3. Beaucoup de temps est passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.
  4. L'usage répété de la substance aboutit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail en rapport avec l'usage de la substance, absences répétées en rapport avec la substance, suspensions ou exclusion de l'école ; négligence des enfants ou du ménage).
  5. L'usage de la substance est poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance
  6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.
  7. Usage répété de la substance dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux (ex : conduite automobile ou d'une machine malgré l'altération des capacités par la substance).
  8. L'usage de la substance est poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.
  9. Tolérance, définie par l'un ou l'autre des signes suivants :
    - a. Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
    - b. Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance.
  10. Sevrage se manifestant par l'un des signes suivants :
    - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
    - b. La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage\*
  11. Existence d'un craving ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance.

\*note : le sevrage n'est pas pris en compte chez les personnes prenant des médicaments sous supervision médicale tels que les analgésiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques ou les  $\beta$ -bloquants).